

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON  
APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE CHINCHEROS -  
APURÍMAC 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:**

**RAQUEL ELIANNA AVILES ORTEGA**  
**JUAN PABLO GOMEZ HUANCA**

**CALLAO – 2018**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Lic. Esp. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO                      PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO                      SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN      VOCAL

### ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GOMEZ

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 043

Fecha de Aprobación de la Tesis: 07/09/2018

Resolución Decanato N° 1354-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación lo dedicamos primeramente a Dios, quien nos da salud, sabiduría en nuestras decisiones.

A nuestros Padres y a nuestros hijos quienes nos inspiran a seguir creciendo en nuestra vida profesional y personal.

A nuestras parejas por su comprensión y apoyo en nuestras decisiones.

## **AGRADECIMIENTO**

El tiempo como denominador común, fue un factor que en reiteradas oportunidades significaron cierta amenaza para nuestra asistencia a las clases programadas, sin embargo, se logró cubrir las expectativas de asistencia, por ello; nuestro agradecimiento eterno a los compañeros de trabajo y del servicio, quienes muchas veces incluso a costa de su sacrificio, aceptaron suplirnos en ausencia nuestra. Así mismo nuestro agradecimiento a todos quienes hicieron posible culminar satisfactoriamente los estudios de la segunda especialidad.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
ÍNDICE DE TABLA .....	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Identificación del Problema.....	7
1.2 Formulación del Problemas .....	9
1.3 Objetivos de la Investigación (general y específicos) .....	10
1.4 Justificación.....	10
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes del Estudio.....	12
2.2 Bases científicas.....	15
2.3 Bases teóricas.....	24
2.4 Definiciones de términos básicos.....	25
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	
3.1 Variables de investigación.....	27
3.2 Operacionalización de variables.....	28
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas.....	30
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	
4.1 Tipo de Investigación.....	31
4.2 Diseño de la Investigación.....	31
4.3 Población y muestra.....	32
4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	32

4.5	Procedimiento de recolección de datos .....	33
4.6	Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	34
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>43</b>
6.1	Contrastación de hipótesis con los resultados.....	43
6.2	Contrastación de resultados con otros estudios similares .....	49
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>51</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>52</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXOS</b>		
•	Matriz de Consistencia .....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
TABLA 5.1	La edad como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	35
TABLA 5.2	El sexo, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	35
TABLA 5.3	La Automedicación, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	37
TABLA 5.4	El Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	38
TABLA 5.5	La Procedencia, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	39
TABLA 5.6	El error en el diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	40
TABLA 5.7	La demora en la cirugía, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	41
TABLA 5.8	Complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	42



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
GRÁFICO 5.1 El sexo, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	36
GRÁFICO 5.2 La Automedicación, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	37
GRÁFICO 5.3 El Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	38
GRÁFICO 5.4 La Procedencia, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros	39
GRÁFICO 5.5 El error en el diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	40
GRÁFICO 5.6 La demora en la cirugía, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	41
GRÁFICO 5.7 Complicaciones de apendicitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros.	42

## RESUMEN

El objetivo es determinar los factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016; es un estudio Retrospectivo, Descriptivo Correlacional, nuestro universo fue 173 historias clínicas de pacientes con apendicitis aguda y se revisaron 118 historias clínicas, los cuales se sistematizaron en una ficha de recolección de datos, el análisis se realizó en el programa SPS., obteniendo como resultados que, referente al sexo, la apendicitis aguda se presentó en un 70.3% en el sexo femenino, de las cuales el 63.6%, proceden de zona rural. En cuanto a las complicaciones, nos muestra que plastrón apendicular se presentó en un 40.7% y el absceso en un 18.6 %, en consecuencia, se determina que existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y población procedente de áreas rurales con la ocurrencia de apendicitis aguda, por lo que se recomienda prestar especial cuidado a las pacientes mujeres y personas procedentes de zonas rurales, pues tienen mayor probabilidad de presentar apendicitis aguda.

### PALABRAS CLAVES:

Complicaciones, Apendicitis Aguda, factores asociados.

## **ABSTRACT**

The objective is to determine the factors associated with complications in patients with acute appendicitis in patients who attend the emergency service at the Hospital de Chincheros - Apurímac 2016; is a Retrospective, Correlational Descriptive study, our universe was 173 clinical records of patients with acute appendicitis and 118 clinical histories were reviewed, which were systematized in a data collection form, the analysis was performed in the SPS program, obtaining as results that, referring to sex, acute appendicitis was present in 70.3% in the female sex, of which 63.6%, come from rural area. Regarding complications, it shows us that appendicular plastron presented in 40.7% and abscess in 18.6%, consequently, it is determined that there is statistically significant association between female sex and population from rural areas with the occurrence of appendicitis acute, so it is recommended to pay special attention to female patients and people from rural areas, as they are more likely to present with acute appendicitis.

### **KEYWORDS:**

Complications, Acute appendicitis, associated factors

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Identificación del problema

Estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad de México, se reporta que hasta un 20% de las apendicetomías se realizan cuando su estado ya presenta complicaciones importantes. En la última revisión del Hospital General de México, de 12,000 casos de apendicitis aguda, el 57% de estos casos, (6,874 casos), se presentaron sin perforaciones y el 43%, (5,126 casos), presentaron perforación. (1)

En el estudio realizado por **Ana Fernanda Garcés Martínez**, “**Detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica**”, **Colombia**, asevera que la apendicitis por sí misma no es prevenible, es una condición sensible al tiempo. Una vez se produce, puede seguir la ruptura, infección, sepsis e incluso la muerte sin cirugía. Son pocos los casos de recuperación espontánea de apendicitis crónica (<1% de la apendicitis). Se asume que la enfermedad progresa a la misma velocidad media para todos los afectados, puede requerirse procedimientos adicionales de diagnóstico o referencias a otros servicios de salud. Debe haber un diagnóstico correcto con una referencia oportuna al cirujano; y finalmente la cirugía debe realizarse en el momento oportuno una vez se ha hecho el diagnóstico definitivo. (2)

En Quito, (Ecuador), María Gabriela Calderón Chiriboga, en su Tesis “Estudio de la oportunidad, complicaciones durante la estancia hospitalaria y factores asociados al retraso en la

resolución quirúrgica de pacientes entre 12 hasta 65 años con diagnóstico de apendicitis en el hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), en el periodo de enero a diciembre del 2014”, menciona que la apendicitis aguda, patología entendida gracias a la investigación principal de Fitz y difundida por Charles Mc Burney, es la causa más común de abdomen quirúrgico en la actualidad dentro del servicio de emergencias. A pesar de que la tasa de apendicetomías es de 10 por cada 10000 pacientes por año, y que el veinte por ciento de la población desarrolla un cuadro de apendicitis en su vida, esta enfermedad sigue siendo poco comprendida en cuanto a la oportunidad para su tratamiento definitivo. Esto se debe a que distintas investigaciones se contradicen sobre si el éxito de la curación depende del pronto diagnóstico y su cirugía, y algunos estudios no encuentran asociación con la demora de los mismos con complicaciones. Otras en cambio debaten sobre si la oportunidad propiamente dicha, se encuentra en las primeras 24-72 horas. (3)

Núñez Melendres Luz, en su Tesis titulado “Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero – junio 2016”-Perú, la apendicitis aguda se encuentra dentro de las cinco causas más comunes de litigios exitosos de mala práctica médica por complicaciones que resultaron de la demora del tratamiento, la demora en el diagnóstico e instauración del tratamiento definitivo, provocando un incremento en la morbilidad relacionada a apendicitis aguda complicada. (4)

En el servicio de emergencia del Hospital Chincheros se ha observado que han incrementado los casos de complicaciones en pacientes que proceden de zonas rurales, quienes con frecuencia, en un primer momento hacen uso de la medicina tradicional,

enmascarando el cuadro, lo que genera una asistencia tardía al establecimiento, demora en el diagnóstico y por ende la intervención quirúrgica de la apendicitis aguda con complicaciones, las mismas que condicionan un mayor tiempo de permanencia hospitalaria, mayor tiempo de atención y requieren mayor número de pruebas complementarias, así mismo, según estadísticas del establecimiento, de las 10 primeras causas de morbilidad, la apendicitis aguda ocupa el 8° lugar; mientras que de las 05 primeras causas de patologías quirúrgicas, la apendicitis aguda ocupa el 2° lugar.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?

### **1.2.1 Problemas específicos**

¿Cuáles son los factores biológicos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?

¿Cuáles son los factores clínicos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?

¿Cuáles son los factores geográficos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?

¿Qué tipo de complicaciones se presentan en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo General:**

- Determinar los factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores biológicos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.
- Reconocer los factores clínicos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.
- Establecer los factores geográficos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.
- Describir los tipos de complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Chincheros.

### **1.4. Justificación**

El presente proyecto se realizó porque hemos observado que existen pacientes que acuden al servicio de emergencia con sintomatología compatible a complicaciones de apendicitis aguda. Desde el punto de vista teórico la investigación permitirá mejorar la atención así como establecer guías y protocolos de atención de enfermería, así mismo aportar y compartir conocimientos

adquiridos con el personal que labora en el servicio de emergencia.

Desde el punto de vista de relevancia social, para que la población tome conciencia sobre la importancia de la prevención en el cuidado de la salud, así como la práctica de los hábitos y estilos de vida adecuados y la búsqueda oportuna del tratamiento.

Desde el punto de vista legal, todo establecimiento de salud está obligado a brindar atención médica quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la ley N 27604 y DS. 016-2002/SA. El Servicio de Emergencia debe contar con un Jefe de Guardia Especialista en Medicina Interna o en Medicina en Emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencia de Especialidades podrá contar con el especialista según el caso, (Pediatra, Gineco-Obstetra), según dispositivo vigente DS. Nº 024-83-PPM.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

##### A Nivel Internacional

**García J., Hernández J., México, 2012,** Con el objetivo de establecer los factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda atendidos en el Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango entre enero del 2008 y octubre del 2012. **Material y métodos:** Se estudió a pacientes sometidos a cirugía por apendicitis aguda. Se agruparon según la presencia o no de perforación apendicular al momento del procedimiento quirúrgico. Se analizó el tiempo en horas de evolución hasta su ingreso a nuestra unidad, además de las características de sexo, edad, tipo de seguro (individual o empresarial) y comorbilidad de los pacientes. Se preguntó además si hubo medicación prehospitalaria. **Resultados:** Se analizó un total de 189 expedientes, de los cuales, en 69 (36%) se presentó perforación apendicular. Los pacientes con perforación apendicular tuvieron 2 horas más en promedio de evolución previo a su atención (26 frente 24 horas,  $p < 0.001$ ), lo cual significó 2% más de riesgo (RM) por hora transcurrida (IC 95% de 0.2 a 4%,  $p = 0.03$ ). Otros factores asociados fueron la medicación previa (RM = 23, IC 95%, 9 a 57), el tener un seguro empresarial (RM = 3.3, IC 95% 1.6 a 10), **Conclusiones:** Los factores asociados a la perforación apendicular son el retraso en la atención médica, la medicación previa y el tipo de seguro del paciente. (5)

**Garcés A. Colombia 2014,** con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la presencia de apendicitis perforada en los menores de 18 años. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de

cohortes, observacional, analítico, longitudinal prospectivo entre el primero de Noviembre y el 31 de Diciembre de 2013. A los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con sospecha de apendicitis aguda, se les diligenció el formulario que contiene las variables que se consideró podrían influir en el desarrollo de perforación y se excluyeron aquellos con informe histopatológico negativo para apendicitis. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 193 pacientes entre 1 y 17 años, 85 niñas (44%) y 108 niños (56%), 25 menores de 6 años. Noventa y ocho pacientes (50,8%), cursaron con apendicitis perforada diagnosticada por el cirujano. Hubo diferencias marcadas entre los pacientes que cursaron o no con perforación con respecto a la edad, tratamientos antibióticos previos, tipo de régimen de salud, síntomas y signos encontrados al examen físico. **Conclusiones:** Existen factores de riesgo para la presencia de perforación apendicular como son la edad menor de 6 años, el tiempo de evolución, tratamiento previo con antibióticos, pertenecer al régimen subsidiado de salud. La presencia de vómito, fiebre y diarrea deben alertar sobre el riesgo de perforación, así como el hallazgo durante el examen físico de temperatura mayor a 38,5 grados, deshidratación (especialmente grados 2 y 3) y la irritación peritoneal de localización generalizada. (2)

**García A., Díaz X., Chiriboga G. Ecuador, 2013,** con el objetivo de determinar los factores asociados al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda en el Hospital Homero Castañar Crespo, Azogues de febrero a julio 2013, **Material y Método,** Diseño transversal; universo de 117 pacientes apendicectomizados. Se utilizó un cuestionario estructurado para la recolección de datos. El análisis se realizó en SPSS 20. **Resultados,** el 61.54% de pacientes apendicectomizados corresponden al sexo femenino, de los cuales el 63.25% viven en el área urbana. El 52.1% fueron apéndices complicados según anatomía patológica. El factor de riesgo que retrasa la apendicetomía es la automedicación con 2.4 (OR), veces más riesgo de

presentar complicaciones, siendo las AINES con 26.5 % y espasmolíticos con 35 %, los más consumidos; el 68.4% del grupo estudiado ingresaron con referencia/contrarreferencia, lo que constituye un factor protector aunque sin significancia estadística; el tiempo de evolución clínica en horas, la media fue de 29.39 horas y en el 35% de los pacientes sí hubo error en el diagnóstico, pero sin significancia estadística. **Conclusión**, la prevalencia elevada de complicación de la apendicitis aguda se encuentra influenciada por la automedicación, aunque en menos importancia es el error diagnóstico en la consulta primaria. (6)

#### **A Nivel Nacional**

**MORALES E., MATAMOROS C. Huancavelica-Perú, 2015** con el objetivo de determinar la relación entre la edad, tiempo de evolución y el recuento leucocitario con el desarrollo de apendicitis aguda complicada en el Hospital 11 Huancavelica EsSalud, en el periodo comprendido de Abril a Diciembre del 2015. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no experimental correlacional. Serie de casos, con una población de 40 pacientes. Los datos fueron obtenidos transversal y retrospectivamente mediante un instrumento válido y confiable, de las historias clínicas del hospital en mención, se realizó puntos de corte para las variables edad (40 años), tiempo de evolución (48 horas) y recuento leucocitario (10000 leucocitos) basados en la bibliografía revisada. **RESULTADOS:** La edad de 40 a más está relacionada 80% con la apendicitis aguda complicada ( $p < 0,005$ ), con un OR de 9,3. El tiempo de evolución de 48 horas a más, está relacionado un 85% con la apendicitis aguda complicada ( $p < 0,001$ ), con un OR de 54,6. El recuento leucocitario mayor de 10000 está relacionado un 60% con la apendicitis aguda complicada ( $p < 0,05$ ), con un OR de 7,9. **CONCLUSIONES:** La edad, el tiempo de evolución y el recuento leucocitario están relacionados con la apendicitis aguda

complicada, siendo el tiempo de evolución de 48 horas a más el que presentó una relación más estrecha con dicha patología. (7)

## **2.2.- Base Conceptual**

### **Apendicitis Aguda:**

Una apendicitis aguda, es la inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso. Normalmente los casos de apendicitis aguda requieren de un procedimiento quirúrgico llamado apendicetomía bien por laparoscopia o laparotomía que no es más que la extirpación del apéndice inflamado. El tratamiento siempre es quirúrgico. En casos sin tratamiento, el índice de morbimortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la peritonitis, y el shock séptico, en particular cuando el apéndice inflamado se rompe. La mortalidad asociada al proceso es baja salvo cuando aparece perforación libre y peritonitis asociada a shock séptico.

### **Epidemiología**

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años, en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar.

La tasa de apendicetomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicetomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas

de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico. A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990.

### **Etiología**

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basado en evidencias experimentales apunta hacia un taponamiento de la luz del apéndice por una hiperplasia linfoidea, mostrando como uno de las primeras causas, la segunda es el taponamiento del apéndice por un apendicolito. Las infecciones (Áscaris lumbricoides, Enterovirus vermicularis o larva de Taenia), pueden también ocluir la luz del apéndice—la presencia de semillas es muy raro—lo cual causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. Rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de un tumor. El aumento progresivo de la presión intraapendicular va ocluyendo la luz del órgano y por presión externa resulta en trombosis y oclusión primero los capilares linfáticos, luego los venosos y al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y posteriormente a perforación. La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente.

Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la

muerte. Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, gusanos intestinales y linfadenitis. El bloqueo por acumulación de heces, llamado fecaloma, ha causado interés reciente en investigadores como agente etiológico de la apendicitis. La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en países en desarrollo, frecuentemente asociado a las apendicitis complicadas. Los apendicolitos y fecalomas aparecen en el apéndice probablemente debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región.

Sin embargo, dicha obstrucción de la luz como factor patógeno se identifica sólo en 30 a 40% de los casos. En la mayoría de los casos, el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa, bien sea por etiología vírica o bacteriana como el caso del género *Yersinia*.

También se ha sugerido que la estasis o parálisis total del flujo fecal juega un papel en la apendicitis, pues se ha demostrado que los pacientes con apendicitis aguda tienen un menor número de movimientos intestinales por semana en comparación con la población control.

Varios estudios ofrecen evidencias que una dieta baja en fibra tiene importancia en la patogénesis de la apendicitis. Ello puede ir asociado a un aumento en el reservorio fecal del colon derecho, pues la carencia de fibra en la dieta aumenta el tiempo de tránsito fecal.

### **Patogenia**

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva a una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal. De proceder el cuadro inflamatorio y obstructivo, se comprimen las arterias y venas causando isquemia e invasión bacteriana a la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato.

Basado en esa secuencia de estadios evolutivos, el apéndice con signos de inflamación leve se conoce como catarral o mucosa; flemonosa; "purulenta" pasando luego a gangrenosa perforándose, pudiendo evolucionar a un absceso apendicular o un plastrón apendicular, o una etapa más grave la peritonitis aguda difusa.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en decúbito, ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros. Dolor, Náuseas, vómitos y Fiebre.

Habitualmente epigástrico o periumbilical al comienzo, que se traslada, posteriormente, a la fosa ilíaca derecha, pudiendo variar según la localización topográfica del apéndice: ilíaca, pelviana, subhepática, retrocecal.

En la apendicitis retrocecal el dolor en flanco derecho o lumbar puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias, clínicas y de laboratorio. En el situs inversus (Apendicitis izquierda), el dolor inicial por conducción nerviosa se localiza también en epigastrio y en la fosa ilíaca derecha, pero el peritonítico, por el proceso inflamatorio de esta serosa, se localiza en el hemiabdomen izquierdo, en el lugar en que esté situado el apéndice. La secuencia clínica de dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas o vómitos y fiebre se conoce como tríada de Murphy.

### **Signos Clínicos**

**1 - Signo de Bloomberg:** Es la descompresión brusca y dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal en fosa iliaca derecha, también conocido como signo de rebote.

**2 - Signo de Psoas:** Este signo se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino, mientras que el examinador flexiona lentamente el muslo derecho, haciendo que el musculo Psoas se contraiga. La prueba es positiva si el movimiento le causa dolor al paciente.

**3 - Signo de Dunphy:** Incremento del dolor en la FID con la tos.

**4 - Guenneau de Mussy:** Dolor agudo, difuso, a la descompresión brusca del abdomen (es signo de peritonitis generalizada).

**5 - Signo de Rovsing:** La presión en el lado izquierdo sobre un punto correspondiente al de McBurney en el lado derecho, despierta dolor en este (al desplazarse los gases desde el sigmoides hacia la región ileocecal se produce dolor por la distensión del ciego).

**6 - Signo de Lennander:** Diferencia de más de 0.5 °C, entre la temperatura axilar y rectal.

**6 - Signo de Meltzer:** Dolor intenso en la fosa iliaca derecha por la compresión del punto de Mc Burney, al mismo tiempo que se levanta el miembro inferior derecho extendido.

## **Estudios De Laboratorio**

### **Hemograma:**

Con recuento diferencial muestra una leve leucocitosis (10.000–18.000/mm) con predominio de neutrófilos en pacientes con apendicitis aguda no complicada. Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18.000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada. El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza por bacteriuria o bacterias en la orina.

### **Radiografía De Abdomen:**

Debe ser tomada en casos de abdomen agudo y, aunque no son relevantes para el diagnóstico de apendicitis, son útiles para descartar otras patologías, como la obstrucción intestinal o un cálculo ureteral



ocasionalmente, sobre todo en niños, el radiólogo experimentado puede notar un fecalito radioopaco en la fosa ilíaca derecha, sugestivo de una apendicitis.

### **Ecografías Y Las Ecografías-Doppler:**

Ofrecen información útil para detectar apendicitis, pero en una cantidad nada despreciable de casos (alrededor del 15%), especialmente en aquellos en un estado inicial sin líquido libre intraabdominal, una ultrasonografía de la región de la fosa ilíaca puede no revelar nada anormal a pesar de haber apendicitis. A menudo, en una imagen ecográfica puede distinguirse lo que es apendicitis de otras enfermedades con signos y síntomas muy similares como por ejemplo la inflamación de los ganglios linfáticos cercanos al apéndice.

### **Tac (Tomografía Axial Computarizada):**

Es el método preferido. Una TAC correctamente realizada tiene una tasa de detección (sensibilidad) por encima del 95%). Lo que se busca en una TAC es la falta de contraste en el apéndice y signos de engrosamiento de la pared del apéndice, normalmente  $>6\text{mm}$  en un corte transversal; también puede haber evidencias de inflamación regional la llamada "grasa desflecada". Las ecografías son especialmente útiles para valorar las causas ginecológicas del dolor abdominal derecho inferior en mujeres puesto que la TAC no es el método ideal para estas circunstancias.

## **Clasificación**

### **Apendicitis Congestiva o Catarral**

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo

esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral.

### **Apendicitis Flemonosa o Supurativa**

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie (Lámina 5:1); si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

### **Apendicitis Gangrenosa o Necrótica**

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloideo.

### **Apendicitis Perforada**

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde anti mesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice. Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al PLASTRÓN APENDICULAR, y aun

cuando el apéndice se perfora y el bloqueo es adecuado, dará lugar al **ABSCESO APENDICULAR**, éste tendrá una localización lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico y contiene una pus espesa a tensión y fétida. Cuando el bloqueo es insuficiente o no se produce, como en el niño que presenta epiplón corto, la perforación del apéndice producirá una peritonitis generalizada, que es la complicación más severa de la apendicitis.

### **Diagnóstico Diferencial**

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75-80% basado en los criterios clínicos. Cuando se erra, las alteraciones más frecuentes encontradas en la operación son, en orden de frecuencia, la linfadenitis mesentérica, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda, cólico nefrítico, torsión testicular, pancreatitis, embarazo ectópico, endometriosis, obstrucción intestinal, cáncer de colon.

### **Complicaciones:**

Las complicaciones más frecuentes de la apendicitis son las siguientes:

**Peritonitis.-** Contaminación diseminada del peritoneo por bacterias virulentas, debido al escape del contenido intestinal, cuando ocurre la ruptura del apéndice.

**Perforación apendicular.-** Rotura o abertura del apéndice vermiforme que ocasiona una fuga de su contenido hacia la cavidad peritoneal.

**Plastrón apendicular.-** Masa resistente de extensión variable, perceptible por palpación de la fosa iliaca derecha, produce la sensación de una capa protectora que duplica la pared abdominal, siendo su principal causa la administración de medicamentos empíricos.

**Absceso.-** Cuando la apendicitis perforada es bloqueada por el intestino delgado adyacente y por el epiplón mayor con una historia sugestiva de apendicitis aguda de más de 24 horas de evolución, con fiebre, leucocitosis y tumor blando y doloroso en el cuadrante inferior derecho.

#### **Tratamiento:**

El tratamiento es quirúrgico.

Está proscrito: Administrar alimentos, analgésicos, sedantes, antibióticos, purgantes y enemas a constipados con dolor abdominal antes del diagnóstico.

#### **Pronostico**

La mayoría de los pacientes con apendicitis se recuperan con facilidad después del tratamiento quirúrgico, sin embargo, pueden ocurrir complicaciones si se demora el tratamiento. La recuperación depende de la edad y condición de salud del paciente y otras circunstancias, como las complicaciones y el consumo de licor, entre otras. Por lo general la recuperación después de una apendectomía tarda entre 10 y 28 días y en niños alrededor de los 10 años, puede tardar hasta 3 semanas.

La posibilidad de una peritonitis pone en peligro la vida del paciente, por ello la conducta frente a una apendicitis es la de una evaluación rápida y un tratamiento sin demoras. La apendicitis clásica responde rápidamente a una apendectomía, aunque en algunas ocasiones se resuelve espontáneamente. La apendicitis atípica, es decir, aquella asociada a un apéndice supurativo o purulento es más difícil de diagnosticar y es la que con más frecuencia causa complicaciones, aún si la operación quirúrgica ocurre con rapidez. La mortalidad y las complicaciones severas, aunque infrecuentes, ocurren especialmente si se acompaña con peritonitis. (8)

### **2.3 Bases Teóricas**

**Teoría de Talamon.-1919** Para este autor, la causa principal es la penetración súbita de un cálculo formado en el ciego, a la cavidad del apéndice que al obturar el orificio de desagüe en el ciego, provoca la compresión de la paredes y la disminución de circulación de sus vasos produciéndose acumulación de productos de secreción glandular de la mucosa y distención de sus paredes, los microbios que existen permanentemente en la superficie de la mucosa pululan y se multiplican en el líquido estancado el apéndice obturado (9).

**Teoría de Dieultifoy.1904**-Para este autor, la apendicitis es debida a la obturación del canal apendicular y a su transformación en cavidad cerrada. Cuando tal cosa sucede, los microbios contenidos en éste, inofensivos en el estado normal, pululan con rapidez, adquieren enorme virulencia, y de este modo la apendicitis se declara. Esta transformación del canal apendicular en cavidad cerrada puede hacerse en un punto cualquiera de su trayecto y frecuentemente por la obturación del canal que se da por el crecimiento lento y progresivo de un cálculo que toma nacimiento en el apéndice mismo. El único medio que puede poner a cubierto de los ataques de la apendicitis es la supresión del foco toxineccioso. Con un diagnóstico bien hecho, una cirugía practicada a tiempo se pueden evitar los peligros. (10)

**Teoría de FLORENCE NIGHTINGALE.-** Esta teoría pone en manifiesto, la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. El entorno puede beneficiar o perjudicar la salud de una persona, en este supuesto radica la importancia mundial. La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la pronta recuperación del paciente y también juega un papel fundamental en el entorno comunitario a través de la Enfermería en salud Pública. (11)

**Teoría de DOROTEA OREM.-** Esta teoría pone en manifiesto la importancia del “**AUTOCUIDADO**”, a partir de la prevención de condiciones adversas o mitigación de los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, y dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afecta a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (12)

## **2.4.- Definición de Términos**

### **Factores asociados**

Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Estos factores asociados (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos), pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

### **Complicación:**

Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de esta y consecuencia de las lesiones provocada por ella; las complicaciones agravan generalmente el pronóstico. (13)

### **Complicaciones De Apendicitis:**

Son cuadros que pueden presentarse al no tener asistencia médica inmediata, pudiendo ocasionar plastrón apendicular, absceso, peritonitis, teniendo un desenlace mortal. (14).

**Apendicitis Aguda:**

Es la infección bacteriana del apéndice vermiforme, situado en el extremo inferior del colon derecho, (ciego), muy cerca de la unión con el intestino delgado. (15)

## **CAPÍTULO III**

### **VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1. Definición de las Variables**

##### **3.1.1.-Variable Independiente:**

###### **Factores asociados de apendicitis.**

Son atributos que aumentan la probabilidad de padecer un proceso mórbido, tales como la edad, el sexo, la automedicación, tiempo transcurrido entre el inicio del síntoma y el diagnóstico, procedencia geográfica del paciente, error en el diagnóstico y la demora en la cirugía.

(16)

##### **3.1.2.- Variable Dependiente:**

###### **Complicaciones de la apendicitis**

Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales y agravan el pronóstico entre ellas, la perforación apendicular, peritonitis localizada, el plastrón y el absceso.

(17)



### 3.2.- Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores asociados de apendicitis aguda	Son atributos que aumentan la probabilidad de padecer un proceso mórbido, tales como la edad, el sexo, la automedicación, tiempo transcurrido entre el inicio del síntoma y el diagnóstico, procedencia geográfica del paciente, error en el diagnóstico y la demora en la cirugía. (16)	Factores Biológico	Edad del pacientes con apendicitis	20 a 49 = 1 pto 50 a más = 0 pto
			Sexo del pacientes con apendicitis	Masculino = 1 pto Femenino = 0 pto
		Factor Geográfico	Procedencia de los pacientes con apendicitis	
			Pacientes con automedicación antes del diagnóstico	Si = 1 punto No = 0 puntos
		Factores Clínicos	Tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico	Antes = 1 pto Después = 0 pto
			Demora en la cirugía	Si = 1 punto No = 0 puntos
			Error en el diagnóstico inicial	Antes = 1 pto Después = 0 pts

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Complicaciones de la apendicitis	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales y agravan el pronóstico entre ellas, la perforación apendicular, peritonitis localizada, el plastrón y el absceso. (17)	Perforación del apéndice vermiforme  Peritonitis  Plastrón Apendicular  Absceso	Perforación del apéndice vermiforme, es la ruptura o abertura del apéndice vermiforme  Peritonitis, contaminación del peritoneo  Plastrón Apendicular, es una masa resistente de extensión variable  Absceso, colección purulenta de pus de más de 24 horas de evolución	Si presentó = 1 punto No presentó = 0 puntos

### **3.3.- Hipótesis General Y Específicas**

#### **3.3.1 Hipótesis General**

Existen factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac enero a diciembre 2016.

#### **3.3.2 Hipótesis Específicas**

El sexo, edad, procedencia geográfica, automedicación, tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, la demora en la cirugía, error en el diagnóstico inicial, son los factores asociados en pacientes con apendicitis aguda que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac 2016.

El Plastrón, la Peritonitis, perforación y el absceso, se asocian significativamente a las complicaciones más frecuentes en los pacientes con apendicitis aguda que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac 2016.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1.- Tipo de Investigación

Fue un estudio Retrospectivo, Descriptivo Correlacional.

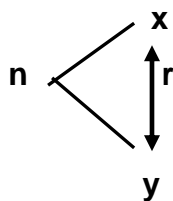
**Retrospectivo**, porque para el desarrollo del presente estudio, se ha recogido datos pasados, sistematizados en registros correspondientes al año 2016.

**Descriptivo**, porque se describieron y detallaron los factores de riesgo y las complicaciones que presentó los pacientes con apendicitis, las mismas que podrán ser cuantificadas y analizadas.

**Correlacional**, porque nos permitió medir el grado de relación existente entre los factores de riesgos y las complicaciones de apendicitis.

#### 4.2.- Diseño de la Investigación

El diseño del proyecto de investigación fue no experimental, de corte transversal, cuyo esquema será el siguiente: (18)



**Donde:**

**n**= Tamaño de muestra.

**x** = Factores asociados.

**y** = Complicaciones.

**r** = Relación entre los Factores asociados y las complicaciones.

### **4.3.- Población y Muestra**

**4.3.1.- Población:** La población constituida por grupo único de 173 historias clínicas de pacientes con apendicitis que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Chincheros.

**4.3.2.- Muestra:** Se aplicará una muestra aleatoria simple de tipo proporcional, que estará constituida por 118 historias clínicas de pacientes con apendicitis aguda.

**n = 118** pacientes con apendicitis aguda.

**Formula:**

$$n = \frac{Z^2 \cdot \infty / 2 \cdot PQN}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot \infty / 2 \cdot PQ}$$

### **4.3.3.- Criterios de Inclusión**

- Historias Clínicas de pacientes con apendicitis aguda, mayores o iguales a 20 años.

### **4.3.4.- Criterios de Exclusión**

- Historias Clínicas de pacientes con apendicitis aguda, menores de 20 años.
- Historias Clínicas de pacientes gestantes con apendicitis aguda.

## **4.4.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **4.4.1.- Técnica de Recolección de Datos**

La técnica que se utilizó en este estudio es el análisis documental de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis aguda; estos datos fueron sistematizados en una ficha de recolección de datos.

#### **4.4.2.- Instrumentos de Recolección de Datos**

El instrumento que se aplicó fue la Ficha de Recolección de datos de historias clínicas y registros, porque nos permitió recoger información sobre los factores asociados a las complicaciones en pacientes con apendicitis. Esta ficha constó de 11 ítems, en donde las primeras 07 preguntas estuvieron relacionadas a los factores asociados, cuya respuesta fue marcado con un aspa en la respuesta que se consideró adecuada y las 04 preguntas restantes, estuvieron relacionadas a las complicaciones de la apendicitis, cuya respuesta fue marcada con un aspa en la respuesta que se consideró adecuado. El tiempo utilizado para llenar esta ficha fue de 10 minutos por historia clínica aproximadamente. El instrumento fue validado por juicio de expertos con la prueba binomial dándonos un resultado al 95%.

#### **4.5.- Procedimiento de Recolección de Datos**

- Para recolectar datos se solicitó autorización a la Directora del Hospital Chincheros.
- Se coordinó con el jefe de centro quirúrgico para obtener registro de pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicitis.
- Se coordinó con el jefe del servicio de emergencia para que nos proporcione el registro de emergencia.
- Luego de identificar a los pacientes y número de historias clínicas que fueron diagnosticados con apendicitis se procedió a solicitar al área de admisión nos facilite las historias clínicas correspondientes.
- Con las historias clínicas se procedió a recolectar información haciendo uso de la ficha de recolección de datos.
- Con las 118 fichas de recolección de datos se aplicó el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

#### **4.6.- Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos**

Para el plan de análisis estadísticos de datos se aplicó la estadística descriptiva. También se utilizó la estadística inferencial para lo cual se aplicará del software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

Así también se utilizó para la constatación de hipótesis la prueba estadística Chi cuadrado.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

**TABLA 5.1**

**La edad, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
50 años a mas	59	50,0	50,0
20 a 49 años	59	50,0	50,0
Total	118	100,0	100,0

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**TABLA 5.2**

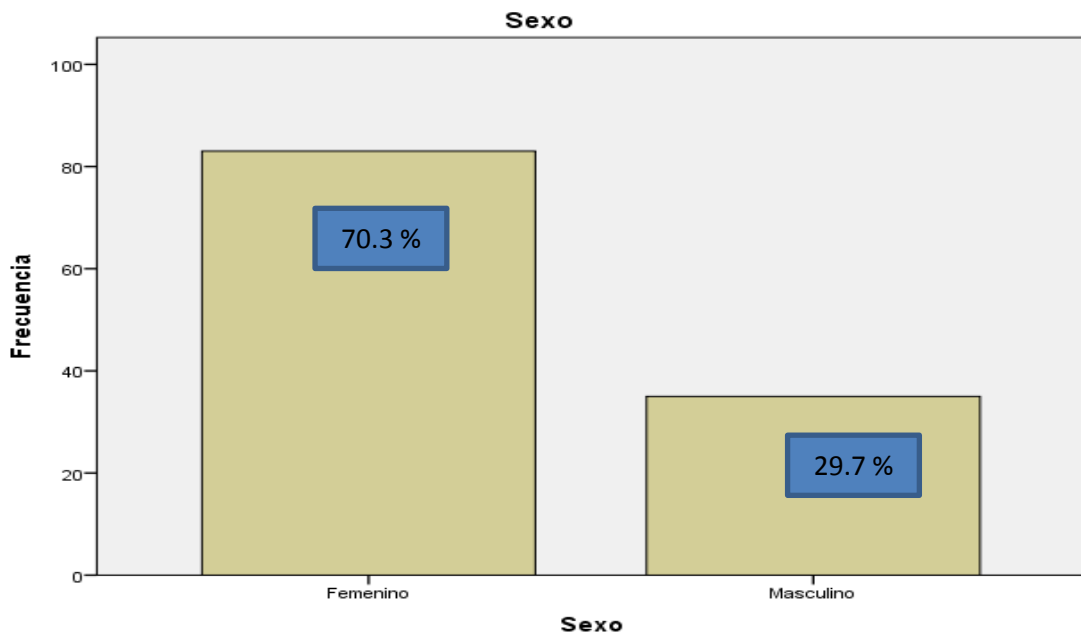
**El Sexo, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	83	70,3	70,3	70,3
Masculino	35	29,7	29,7	100,0
Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.



**GRAFICO 5.1**



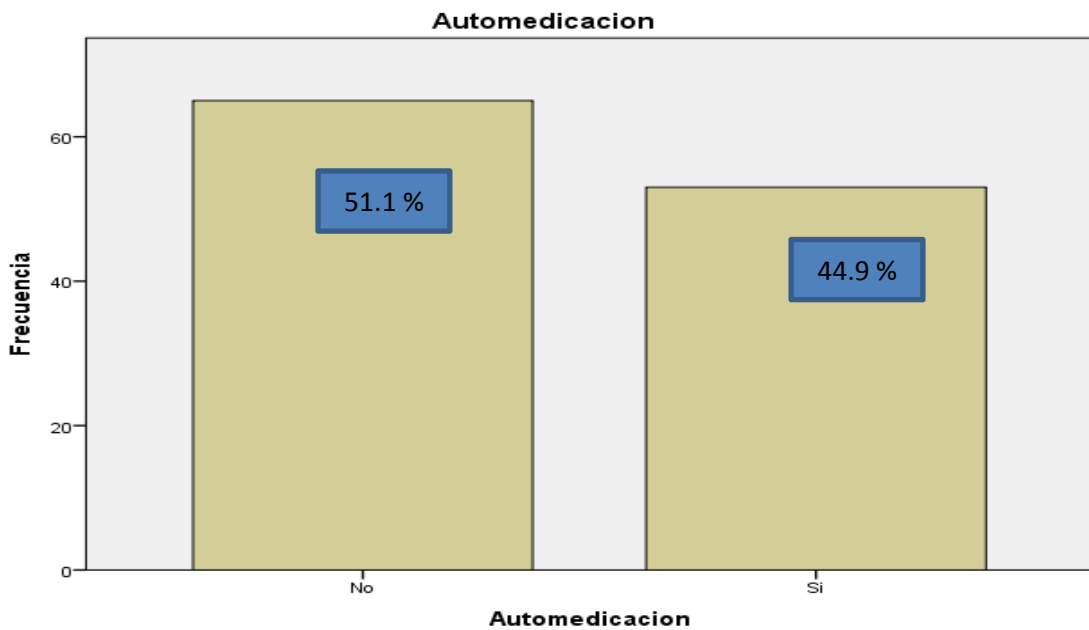
Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el 70.3 %, (83), son de sexo femenino y el 29.7 % (35), de sexo masculino.

**TABLA 5.3**  
**La Automedicación, como factor asociado a las complicaciones de**  
**apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital**  
**Chincheros**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	65	55,1	55,1	55,1
Si	53	44,9	44,9	100,0
Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.2**



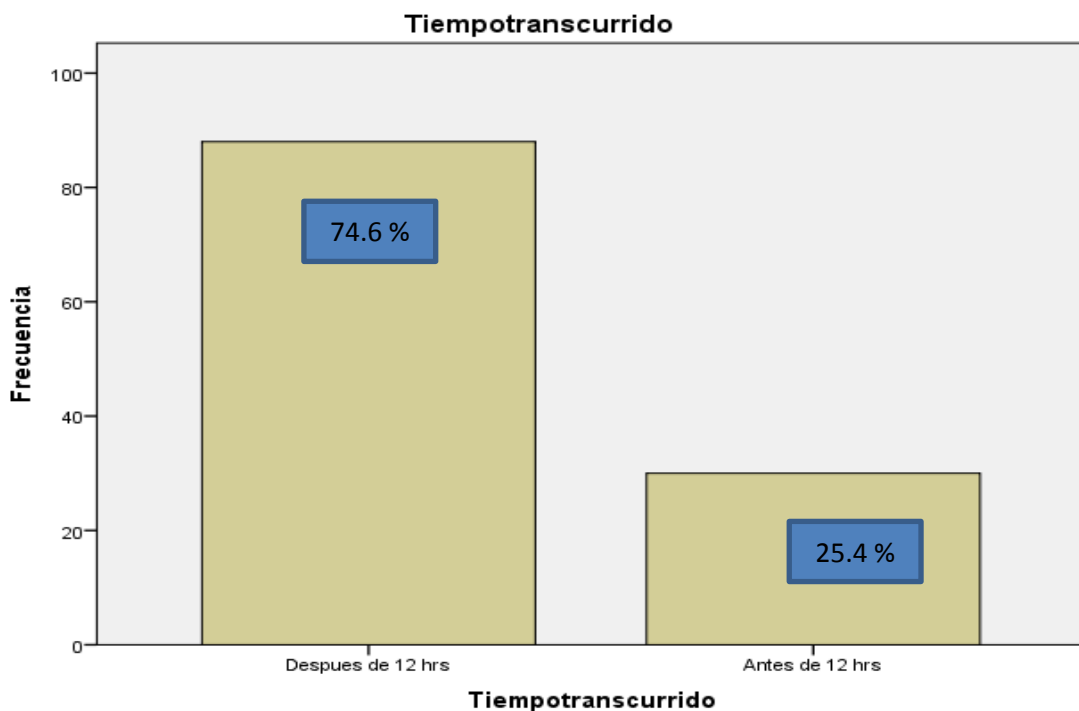
Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el 51.1 %, (65), no se automedicaron y el 44.9 % (53), se automedicaron.

**TABLA 5.4**  
**El Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Después de 12 hrs	88	74,6	74,6	74,6
	Antes de 12 hrs	30	25,4	25,4	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.3**



Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el 74.6 %, (88), el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue después de 12 horas y el 25.4 % (30), fueron diagnosticados ante de las 12 horas.

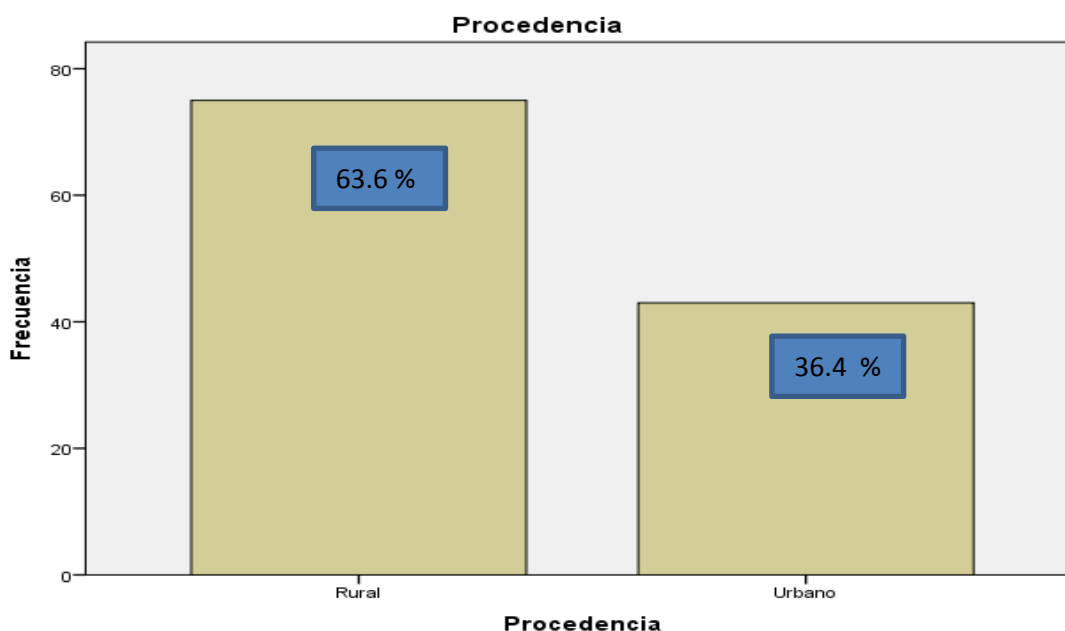
**TABLA 5.5**

**La Procedencia, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	75	63,6	63,6	63,6
	Urbano	43	36,4	36,4	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.4**



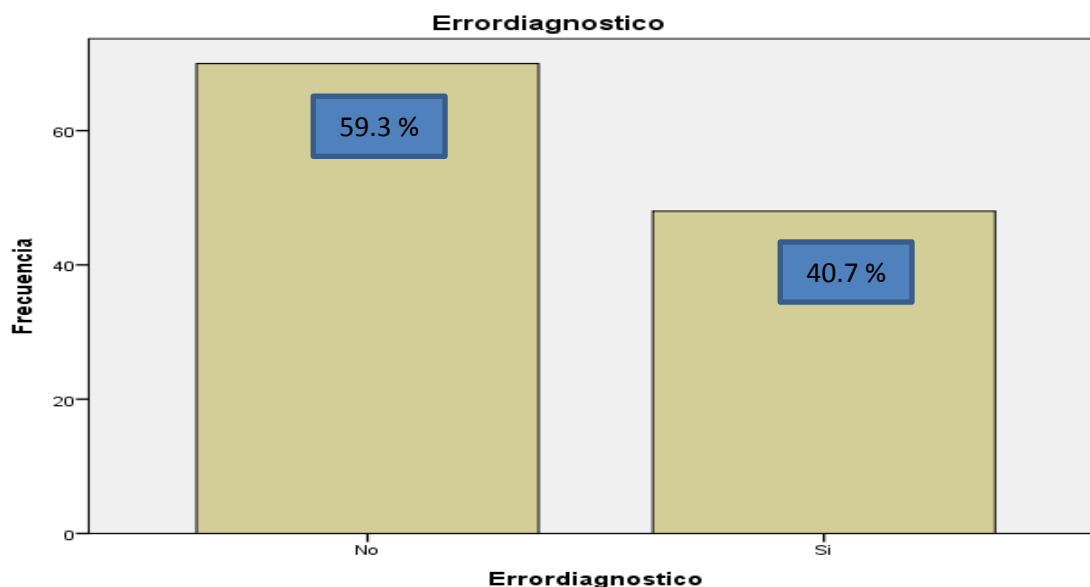
Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el 63.6 %, (75), son de procedencia rural y el 36.4 % (43), son de procedencia urbana.

**TABLA 5.6**  
**El Error de Diagnóstico, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	70	59,3	59,3	59,3
	Si	48	40,7	40,7	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.5**



Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el 59.3 %, (70), no tuvieron error en el diagnóstico y el 40.7 % (48), si tuvieron error en el diagnóstico.

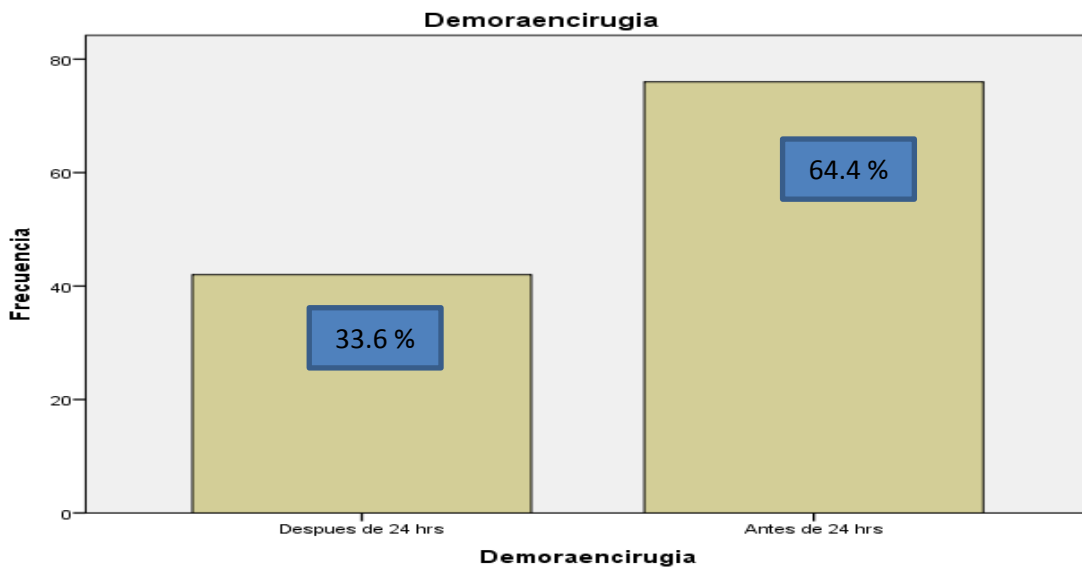
**TABLA 5.7**

**La Demora en la Cirugía, como factor asociado a las complicaciones de apendicitis aguda, en el servicio de emergencias del Hospital Chincheros**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Después de 24 hrs	42	35,6	35,6	35,6
	Antes de 24 hrs	76	64,4	64,4	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.6**



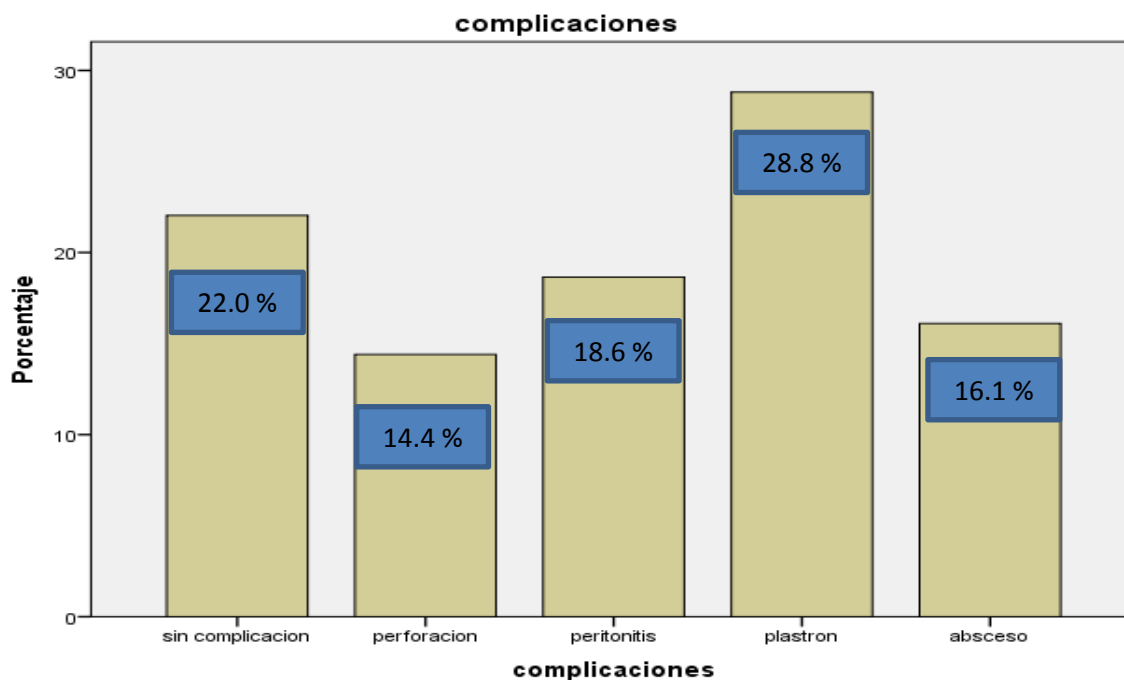
Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, en el 33.6 %, (42), la cirugía se realizó después de las 24 horas y en el 64.4 % (76), la cirugía se realizó antes de las 24 horas.

**TABLA 5.8**  
**Complicaciones de la apendicitis aguda, en el servicio de**  
**emergencias del Hospital Chincheros**

		complicaciones			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin complicación	26	22,0	22,0	22,0
	perforación	17	14,4	14,4	36,4
	peritonitis	22	18,6	18,6	55,1
	plastrón	34	28,8	28,8	83,9
	absceso	19	16,1	16,1	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos, aplicada a Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, 2016.

**GRAFICO 5.7**



Del 100%, (118) de Historias Clínicas de pacientes con apendicitis, el porcentaje mayor que corresponde a 28.8 %, (34), se complicaron con plastrón apendicular y el porcentaje menor que corresponde a 14.4 % (17), presentaron como complicación absceso. No hubo complicaciones en un 22.0 %, (26).

**CAPÍTULO VI**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

**6.1 Contrastación de Hipótesis con los Resultados**

**Tablas cruzadas**

**TABLA 6.1.1**  
**Relación de la Automedicación y el Plastrón Apendicular**

Recuento		Plastrón		Total
		No	Si	
Auto medicación	No	40	25	65
	Si	42	11	53
Total		82	36	118

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre la automedicación y la complicación con plastrón apendicular, presentándose un P valor de 0.038.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significació n exacta (2 caras)	Significaci ón exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,318 <sup>a</sup>	1	,038		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,523	1	,061		
Razón de verosimilitud	4,417	1	,036		
Prueba exacta de Fisher				,045	,029
Asociación lineal por lineal	4,281	1	,039		
N de casos válidos	118				

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre la automedicación y la complicación con plastrón apendicular, presentándose un P valor de 0.038.



**TABLA 6.1.2**  
**Relación del Tiempo transcurrido y Peritonitis**

		Peritonitis		Total
		No	Si	
Tiempo transcurrido	Después de 12 hrs	74	14	88
	Antes de 12 hrs	30	0	30
Total		104	14	118

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,415 <sup>a</sup>	1	,020		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,001	1	,045		
Razón de verosimilitud	8,839	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,020	,012
Asociación lineal por lineal	5,369	1	,020		
N de casos válidos	118				

**CONCLUSIÓN:** Existe relación directa entre el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de apendicitis y la complicación de peritonitis apendicular, presentándose un P valor de 0.020.

**TABLA 6.1.3**  
**Relación de automedicación con perforación**

Recuento		Perforación		Total
		No	Si	
Automedicación	No	58	8	66
	Si	38	14	52
Total		96	22	118

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significació n exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,201 <sup>a</sup>	1	,040	,056	,035
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,282	1	,070		
Razón de verosimilitud	4,190	1	,041		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,166	1	,041		
N de casos válidos	118				

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre la automedicación y la perforación apendicular, presentándose un P valor de 0.04.

**TABLA 6.1.4**  
**Relación del tiempo transcurrido con el absceso**

Recuento

		Absceso		Total
		No	Si	
Tiempo transcurrido	No	76	12	88
	Si	21	9	30
Total		97	21	118

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,095 <sup>a</sup>	1	,043	,055	,044
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,053	1	,081		
Razón de verosimilitud	3,764	1	,052		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,060	1	,044		
N de casos válidos	118				

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, con el absceso, presentándose un P valor de 0.043.

**TABLA 6.1.5**  
**Relación del error en el diagnóstico y la perforación apendicular**

Recuento

		Perforación		Total
		No	Si	
Error diagnostico	No	64	4	68
	Si	32	18	50
Total		96	22	118

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significació n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	17,231 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	15,303	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,753	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	17,085	1	,000		
N de casos válidos	118				

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre el error en el diagnóstico y la perforación apendicular, presentándose un P valor de 0.000.

**TABLA 6.1.6**  
**Relación del error en el diagnóstico con absceso**

Recuento

		Absceso		Total
		No	si	
Error diagnostico	No	60	8	68
	Si	37	13	50
Total		97	21	118

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,991 <sup>a</sup>	1	,046		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,077	1	,079		
Razón de verosimilitud	3,951	1	,047		
Prueba exacta de Fisher				,054	,040
Asociación lineal por lineal	3,957	1	,047		
N de casos válidos	118				

CONCLUSIÓN: Existe relación directa entre el erro en el diagnóstico con el absceso, presentándose un P valor de 0.046.

## **6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares**

Tablas 5.1 (edad), 5.2 (sexo), 5.3 (automedicación), 5.4 (tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico), 5.5 (procedencia), 5.6 (error de diagnóstico) y tabla 5.7 (demora en la cirugía).

**Núñez Melendres Luz, (2016), Estudio de los “Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero – junio 2016” Lima – Perú.** Los factores de riesgo asociados a apendicitis aguda complicada fueron: edad (OR: 0.34, IC 95%:0.16-0.7) , el sexo (OR: 2.2, IC 95%:1.06-4.58), la automedicación (OR: 7.92, IC 95%:3.36-19.63), tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso a quirófano (OR: 2.15, IC 95%:1.08-4.3), tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital (OR: 6.041, IC 95%:1.82-25.7) y tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y el ingreso a quirófano (OR: 15.16, IC 95%:5.26-52.49). (4). se encuentran los mismos factores asociadas a las complicaciones de la apendicitis aguda, por tanto, se encuentra relación con el estudio de Núñez Melendres, ya que en la investigación (118 historias clínicas), los factores asociadas a las complicaciones de apendicitis aguda fueron: edad, sexo, automedicación, tiempo transcurrido ente el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, procedencia, error de diagnóstico, demora en la cirugía.

Por tanto, se puede concluir que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por Núñez Melendres Luz.

**Ana Fernanda Garcés Martínez, 2014, detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica. Colombia.** Se analizó a un total de 193 pacientes entre 1 y 17 años, 85 niñas (44%), y 108 niños (56%), 25 menores de 6

años. 98 pacientes (50.8%), cursaron con apendicitis perforada diagnosticada por el cirujano. Hubo diferencias marcadas entre los pacientes que cursaron o no con perforación con respecto a la edad, tratamientos antibióticos previos, tipo de régimen de salud, síntomas y síntomas encontrados al examen físico. (19). En la investigación (118 historias clínicas) de pacientes con apendicitis; el 17.8%, presentaron perforación apendicular; 11.9 % peritonitis; 30.5% plastrón apendicular; 17.8% absceso.

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por Ana Fernanda Garcés Martínez.

**Cristian Eduardo Ponce Figuerola, 2015, Lima - Perú, Factores de riesgo asociados a la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital María Auxiliadora en el periodo julio - diciembre 2015.** La mayoría de la población en estudio tenía edades entre (10 y 20) años 29.1%; el 56.2% pertenece al género masculino: el 40.8% de la población en estudio provenían del distrito de San Juan de Miraflores y el 51.6% tuvo grado de instrucción secundaria. Se encontró que la automedicación estuvo presente en el 83% de pacientes que tuvieron demora del manejo quirúrgico, la presentación atípica del cuadro clínico en un 62% y la no disponibilidad de sala de operaciones en un 71%. (20). En la investigación (118 historias clínicas) de pacientes con apendicitis; 44.9% se automedicaron; respecto a la demora de la cirugía, el 35.6% fueron intervenidos quirúrgicamente después de las 24 horas y el 64.4% antes de las 24 horas. Consecuentemente, existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio con la investigación de Cristian Eduardo Ponce Figuerola.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- a)** Existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y población procedente de zonas rurales, con la ocurrencia de apendicitis aguda.
  
- b)** Se registraron 92 casos que presentaron complicaciones, siendo las más altas el plastrón apendicular y peritonitis.
  
- c)** Existe relación directa entre la automedicación y la complicación con plastrón apendicular, presentándose un P valor de 0.038.
  
- d)** En la investigación se evidenció que existe mayor riesgo de presentar complicaciones en aquellos pacientes que tuvieron error en el diagnóstico.



## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- a) Se recomienda prestar especial cuidado a las pacientes mujeres, y población procedente de zonas rurales, pues tienen mayor probabilidad de presentar apendicitis aguda.
  
- b) Capacitar al personal de salud de los establecimientos de primer nivel sobre la variedad en las presentaciones de un cuadro clínico de apendicitis para un diagnóstico e intervención quirúrgica precoz.
  
- c) Es necesario concientizar a la población sobre un adecuado comportamiento frente a casos que sugieran apendicitis y hacerles entender el mensaje de que no es recomendable tomar medicación ya sea antibióticos o analgésicos porque esto enmascara la enfermedad y consecuentemente aumenta el riesgo de complicación.
  
- d) La Unidad Ejecutora Virgen de Cocharcas, debe promover campañas de sensibilización desde los niveles de atención primaria, respecto al reconocimiento oportuno de signos y síntomas a fin de disminuir las complicaciones.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorge Alfredo Garcia Tay, José Luís Hernandez Ortega. [www.scielo.org.mx/](http://www.scielo.org.mx/). [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 29. Available from: [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0026-17422013000700004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0026-17422013000700004)].
2. Martinez AFG. Deteccion de los facoteres de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la poblacion Pediátrica Departamento de Cirugia, Unidad de Cirugía Pediátrica Bogata Colombia 2014. 2014..
3. Chiriboga MGC. ESTUDIO DE LA OPORTUNIDAD, COMPLICACIONES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO EN LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE PACIENTES ENTRE 12 HASTA 65 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (HCAM) EN EL PERI. 2016..
4. Luz NM. “Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero – junio 2016”. 2017..
5. JORGE ALFREDO GERARDO GARCIA TAY, JOSE LUIS HERNANDEZ ORTEGA. FACTORES ASOCIADOS A LA PERFORACION APENDICULAR EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN EL NUEVO SANATORIO DURANGO MEXICO 2013. REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, (MÉXICO). 2013 MAYO/JUNIO; 56(3).
6. Ana Belén García Cayamcela, Xiomara Alexandra Diaz Freire, Glenda Denisse Chiriboga Sarmiento. Factores que retrazan el diagnostico y tratamiento de la apendicitis aguda, Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013 Cuenca Ecuador. 2013..
7. Morales Romero, Eduardo Andre, Matamoros Vera, Christian Dany. FACTORES RELACIONADOS CON LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL II HUANCVELICA ESSALUD - 2015. 2015..
8. RAMON AP. ATENCION MEDICA PRIMARIA - SCRIBD. [Online].; 2012 [cited 2017 05 20.

Available from: <https://wwwscribd.com/document/270528946/atencion medicaprimaria>.

9. india Baapbolalpi. Amazon in appendicitis - perityphitis. [Online].; 2011 [cited 2018 Setiembre 09. Available from: <https://www.amazon.in/Appendicitis-Perityphlitis-Charles-Talamon/dp/1245853422>.
11. Nigthingale F. Modelos y Teorias en Enfermeria. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 16. Available from: <https://es.slideshare.net>.
12. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista medica electronica. 2014 Diciembre; 36(Edic. 6).
13. García DM. CIENCAS DE LA SALUD. [Online].; 2011 [cited 2017 06 07. Available from: [www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/complicacion](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/complicacion).
14. Enfermeros sso. S.S.O ENFERMEROS. [Online].; 2015 [cited 2017 05 23. Available from: <http://blog.ciencias.médicas.com/httpwww.hospitalalemania.org.of/http://www.nim.nih.geov/>.
15. SALUD OEPT. ONMEDA-ES PARA TU SALUD. [Online].; 2016 [cited 2017 06 07. Available from: [www.onmeda.es/enfermedades/appendicitis-definicion-1346-2.html](http://www.onmeda.es/enfermedades/appendicitis-definicion-1346-2.html).
16. CENTER UORM. APPENDICITIS. HEALT ENCYCLOPEDIA. 2017.
17. Rodelgo DT. Redacción Onmeda Revision Médica. ONMEDA.es Para tu salud. 2016 Diciembre.
18. HERNANDEZ SAMPIERI, ROBERTO, FERNANDEZ COLLADO CARLOS, BAPTISTA LUCIO PILAR. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. SEXTA ed. EDUCATION MGH, editor. MEXICO: MC Graw-HIL/INTERAMERICANA EDITORES SA.DC.V; 2016.
19. Martinez AFG. Deteccion de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la poblacion pediatrica. 2014..

20. Figuerola CEP. Factores de riesgo asociados a la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora en el periodo julio - diciembre 2015. 2015..
21. Espinoza VMD. Complicaciones postoperatorias de apendicectomía abierta y laparoscópica en el Hospital San José del Callao. 2015..
22. Jorge Alberto Gerardo García Tay, José Luís Hernández Ortega. [www.scelo.org.mx/scielo](http://www.scelo.org.mx/scielo). [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 29. Available from: [www.scelo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pib=s0026-17422013000700004](http://www.scelo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pib=s0026-17422013000700004).
23. Gutierrez DAG. TEMAS DE CIRUGIA. TOMO II ed. CUBA: CIENCIAS MEDICAS; 2010.
24. Pita Fernández S., Vila Alonzo MT, Carpena Montero J. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/index.asp>. [Online]. Coruña; 2002 [cited 2017 05 23. Available from: [test.fisterra.com/gestor/upload/guias/3f\\_de\\_riesgo2.pdf](http://test.fisterra.com/gestor/upload/guias/3f_de_riesgo2.pdf).
25. García DM. DICCIONARIO MEDICO INTERACTIVO DE PORTALES MEDICOS.COM. [Online].; 2011 [cited 2017 05 23. Available from: [wwwportalesmedicos.com/diccionario\\_medico/indez.php/complicaciones](http://wwwportalesmedicos.com/diccionario_medico/indez.php/complicaciones).

# **ANEXOS**

**ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE CHINCHEROS. APURÍMAC 2016**

<b>TITULO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>
¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar los factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros 2016.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los factores biológicos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.</li> <li>Reconocer los factores clínicos</li> </ul>	<p><b>HG =</b> Existe factores asociados a complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac 2016.</p> <p><b>HE.1 =</b> Los factores asociados más frecuentes son: edad, sexo, automedicación, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, procedencia geográfica, error en el diagnóstico y la demora en la cirugía en pacientes con apendicitis aguda que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Factores asociados a apendicitis aguda.</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> complicaciones de la apendicitis aguda.</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO</b> Es un estudio analítico, Retrospectivo Correlacional.</p> <p><b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b> No experimental de corte transversal.</p> <p><b>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> La técnica fue análisis documental. Instrumento: lista de chequeo.</p> <p><b>PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS</b> Se aplicó la estadística descriptiva teniendo como parámetros los siguientes</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> Estuvo constituida por 173 historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de emergencia del hospital chincheros con clínica compatible a apendicitis aguda.</p> <p><b>MUESTRA:</b> 118 historias</p>

	<p>en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los factores geográficos en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros – Apurímac 2016.</li> <li>• Describir los tipos de complicaciones en pacientes con apendicitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Chincheros.</li> </ul>	<p>Apurímac 2016.</p> <p><b>HE.2</b> = Las complicaciones más frecuentes son: peritonitis, perforación apendicular, plastrón apendicular y absceso en los pacientes con apendicitis que acuden al servicio de emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac 2016.</p>		<p>valores estadísticos: promedio, media, moda y desviación estándar.</p> <p>Para la estadística inferencial se aplicó el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos y para la constatación de hipótesis la prueba estadística Chi cuadrado.</p>	<p>clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.</p>
--	---	--	--	--	--

**ANEXO 02:  
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE CHINCHEROS APURÍMAC 2016**

A continuación se les presenta una ficha de recolección de datos que ha sido elaborado con la finalidad de obtener información de las Historias Clínicas para la ejecución del trabajo de investigación titulado: “**Factores Asociados a Complicaciones en Pacientes con Apendicitis Aguda en pacientes que Acuden al Servicio de Emergencia en el Hospital de Chincheros Apurímac 2016**”, que se empleará con fines de investigación.

**INSTRUCCIONES**

Referente a las respuestas de los factores asociados y complicaciones, marcar con una “X” la respuesta correspondiente.

**OBJETIVO.-** Conocer los factores asociados a las complicaciones que presentan los pacientes que acuden al servicio de emergencia con sintomatología compatible a apendicitis aguda en el Hospital Chincheros.

<b>Nº DE HISTORIA CLÍNICA</b>		
<b>I FACTORES ASOCIADOS</b>		<b>RESULTADO</b>
<b>01. EDAD</b>		
20 a 49 años		(    )
50 años a más		(    )
<b>02. SEXO</b>		
Masculino		(    )
Femenino		(    )
<b>03. AUTOMEDICACIÓN DEL PACIENTE</b>		<b>SI</b> <b>NO</b>
Automedicación		



<b>04. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL DIAGNOSTICO</b>		
Antes de las 12 horas	(      )	
De 12 a más horas	(      )	
<b>05. PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL PACIENTE</b>		
Urbano	(      )	
Rural	(      )	
<b>06. ERROR EN EL DIAGNOSTICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Error		
<b>07. DEMORA EN LA CIRUGÍA</b>		
Antes de 24 horas	(      )	
De 24 a más horas	(      )	
<b>08 COMPLICACIONES</b>		
<b>0. Sin complicaciones</b>	(      )	
<b>1. Perforación del apéndice</b>	(      )	
<b>2. Peritonitis</b>	(      )	
<b>3. Plastrón apendicular</b>	(      )	
<b>4. Absceso</b>	(      )	

Elaboración propia

## ANEXO 03

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

#### ANEXO C

#### OPINION DE JUEZ EXPERTO

Estimado(a)

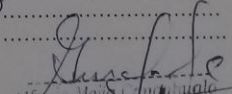
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado par su aplicación.	✓		

Sugerencias:

Alfredo Mejía Cangahual  
Guillermo Gaudel  
C.P. 21133 R.N.E. 13387  
D.N.I. 23885379  
20 años de experiencia

  
Alfredo Mejía Cangahual  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y  
LAPAROSCOPÍA  
C.M.P. 20437 R.N.E. 10389  
Firma del Juez experto

**ANEXO N° 04:**  
**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES EXPERTOS SEGÚN**  
**PRUEBA BINOMIAL**

CRITERIOS	JUECES								TOTAL
	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	Juez8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0313
2	1	1	1	0	1	1	1	1	0.1094
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0313
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0313
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0.1094
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0.1094
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0313

PROCEDIMIENTO PARA EL PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE LOS JUECES

$$b = \left( \frac{Ta}{Ta+Td} \right) \times 100$$

Reemplazando por los valores obtenidos

Ta = 53

Td = 3

b = 95%

El resultado indica que el 95 % de las respuestas de los jueces concuerdan

## ANEXO 05

### BASE DE DATOS 5.1

tesis final corregido 10 9 18 tablas cruzadas.sav [Conjunto\_de\_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

1: Edad	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempotranscurrido	procedencia	errordeagnostico	demoraencirugia	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
1	1	1	1	0	0	1	0	1								
2	1	0	0	1	0	1	0	3								
3	1	0	1	0	1	1	0	1								
4	0	1	0	0	0	1	0	3								
5	1	0	1	0	0	1	0	0								
6	1	1	0	0	0	0	0	1								
7	1	0	1	0	0	1	0	3								
8	0	1	0	0	0	1	0	2								
9	1	0	1	0	1	0	1	3								
10	0	0	0	0	0	1	0	3								
11	0	0	1	0	0	1	0	1								
12	0	1	0	0	1	0	1	0								
13	0	0	1	0	0	1	0	3								
14	0	0	1	0	0	0	1	2								
15	1	0	1	0	1	1	0	3								
16	1	1	0	1	0	0	1	0								
17	1	0	1	0	1	0	1	3								
18	0	1	0	0	0	1	1	3								
19	0	0	1	0	1	1	1	0								
20	0	0	0	1	1	0	1	3								
21	1	0	0	1	1	0	1	2								
22	1	0	0	0	0	0	1	3								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

10:21 a.m. 11/09/2018

### BASE DE DATOS 5.2

tesis final corregido 10 9 18 tablas cruzadas.sav [Conjunto\_de\_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

23: Edad	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempotranscurrido	procedencia	errordeagnostico	demoraencirugia	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
23	1	0	1	0	0	0	1	1								
24	0	0	0	0	0	0	1	3								
25	1	1	0	0	0	0	1	0								
26	0	1	1	0	0	0	1	1								
27	1	0	0	1	0	0	1	2								
28	0	0	0	0	0	0	1	3								
29	1	0	0	1	0	0	1	0								
30	0	0	0	0	0	0	1	0								
31	0	0	0	1	0	0	1	3								
32	1	0	0	1	0	1	0	1								
33	1	0	0	1	1	0	1	4								
34	0	0	1	0	0	0	0	1								
35	0	1	0	1	0	0	1	2								
36	1	1	0	0	1	0	0	3								
37	1	0	1	0	0	1	0	0								
38	1	1	1	0	0	0	0	4								
39	1	0	1	0	0	1	0	3								
40	0	1	0	0	0	1	0	1								
41	1	0	1	0	1	0	1	4								
42	0	0	0	0	0	1	0	3								
43	0	0	1	0	0	1	0	1								
44	0	1	0	0	1	0	1	2								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

10:24 a.m. 11/09/2018

## BASE DE DATOS 5.3

	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempo transcurrido	procedencia	error diagnóstico	demora en curación	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
45	0	0	1	0	0	1	0	4								
46	0	0	1	0	0	0	1	0								
47	1	0	1	0	1	1	0	0								
48	1	1	0	1	0	0	0	0								
49	1	0	1	0	1	0	1	1								
50	0	1	0	0	0	1	1	4								
51	0	0	0	1	0	1	1	3								
52	0	0	0	1	1	0	1	1								
53	1	0	0	1	1	0	1	2								
54	1	0	0	0	0	1	0	4								
55	1	0	1	0	0	0	1	3								
56	0	0	0	0	0	0	1	1								
57	1	1	0	0	0	0	1	2								
58	0	1	1	0	0	0	1	4								
59	1	0	0	1	0	0	1	3								
60	0	0	0	0	0	0	1	2								
61	1	0	0	1	0	0	1	0								
62	0	0	0	0	0	0	1	1								
63	0	0	1	0	0	1	0	4								
64	1	0	0	1	0	1	0	3								
65	1	0	0	1	1	0	1	3								
66	0	0	1	0	0	0	0	4								

## BASE DE DATOS 5.4

	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempo transcurrido	procedencia	error diagnóstico	demora en curación	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
67	0	1	0	1	0	0	1	2								
68	1	1	0	0	1	0	0	0								
69	1	1	1	0	0	1	0	0								
70	1	0	0	1	0	1	0	2								
71	1	0	1	0	1	1	0	3								
72	0	1	0	0	0	1	0	4								
73	1	0	1	0	0	1	0	0								
74	1	1	1	0	0	0	0	3								
75	1	0	1	0	0	1	0	2								
76	0	1	0	0	0	1	0	2								
77	1	0	1	0	1	0	1	3								
78	0	0	0	0	0	1	0	0								
79	0	0	1	0	0	1	0	0								
80	0	1	0	0	1	0	1	4								
81	0	0	1	0	0	1	0	3								
82	0	0	1	0	0	0	1	0								
83	1	0	1	0	1	1	0	1								
84	1	1	0	1	0	0	1	2								
85	1	0	1	0	1	0	1	4								
86	0	1	0	0	0	1	1	3								
87	0	0	1	0	1	1	1	2								
88	0	0	0	1	1	0	1	0								

## BASE DE DATOS 5.5

tesis final corregido 109 18 tablas cruzadas.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

99 : Edad 1 Visible: 8 de 8 variables

	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempotranscurrido	procedencia	errordiagnostico	demoraencuigi	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
89	1	0	0	1	1	0	1	4								
90	1	0	0	0	0	0	1	1								
91	0	1	0	0	1	0	1	3								
92	0	0	1	0	0	1	0	2								
93	0	0	1	0	0	0	1	4								
94	1	0	1	0	1	1	0	1								
95	1	1	0	1	0	0	1	3								
96	1	0	1	0	1	0	1	2								
97	0	1	0	0	0	1	1	4								
98	0	0	1	0	1	1	1	0								
99	0	0	0	1	1	1	0	3								
100	1	0	0	1	1	0	1	2								
101	1	0	0	0	0	0	1	4								
102	1	0	0	0	0	0	1	3								
103	0	1	0	0	1	0	1	2								
104	0	0	1	0	0	1	0	0								
105	0	0	1	0	0	0	1	0								
106	1	0	1	0	1	1	0	2								
107	1	1	0	1	0	0	1	4								
108	1	0	1	0	1	0	1	3								
109	0	1	0	0	0	1	1	2								
110	0	0	1	0	1	1	1	0								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

ES 10:31 a.m. 11/09/2018

## BASE DE DATOS 5.6

tesis final corregido 109 18 tablas cruzadas.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

132 : Edad Visible: 8 de 8 variables

	Edad	Sexo	Automedicacion	tiempotranscurrido	procedencia	errordiagnostico	demoraencuigi	complicaciones	var	var	var	var	var	var	var	var
111	0	0	0	1	1	0	1	0								
112	1	0	0	1	1	0	1	3								
113	1	0	1	0	1	0	1	4								
114	0	1	0	0	0	1	1	0								
115	0	0	1	0	1	1	1	0								
116	0	0	0	1	1	0	1	3								
117	1	0	1	0	1	0	1	4								
118	0	1	0	0	0	1	1	2								
119																
120																
121																
122																
123																
124																
125																
126																
127																
128																
129																
130																
131																
132																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

ES 10:32 a.m. 11/09/2018

**ANEXO 06**

**PRESENTACIÓN DE FOTOS Y EVIDENCIAS**



**ANEXO 07**  
**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTO DE**  
**DIAGNOSTICO DE APENDICITIS A TRAVÉS DE:**

**ESCALA DE ALVARADO**

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PUNTOS</b>
<b>Dolor migrante fosa ilíaca derecha</b>	<b>1 punto</b>
<b>Anorexia</b>	<b>1 punto</b>
<b>Náusea y vómitos</b>	<b>1 punto</b>
<b>Signos</b>	
<b>Dolor en la fosa ilíaca</b>	<b>2 puntos</b>
<b>Dolor de rebote a la palpación</b>	<b>1 punto</b>
<b>Fiebre</b>	<b>1 punto</b>
<b>Laboratorio</b>	
<b>Leucocitosis</b>	<b>2 puntos</b>
<b>Neutrófilos inmaduros</b>	<b>1 punto</b>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>10 PUNTOS</b>

Fuente: Atención Médica Primaria Scribd - 2012

<b>INTERPRETACIÓN</b>	
<b>7 a más puntos</b>	Altamente sugestivo de apendicitis
<b>Menos de 6 puntos</b>	realizar una tomografía

Tomado y modificado de Atención Médica Primaria Scribd - 2012